Opłata uiszczona ryczałtem.

Nr. 3. Warszawa, Marzec 1936 r. Rok III.

WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO FARMACEUTYCZNE i FIZYKALNE

CZASOPISMO

POŚWIĘCONE ROZWOJOWI KRAJOWEGO PRZEMYSŁU CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNEGO i SPRAWOM LEKARSKIM

Redakcja i Administracja: Warszawa, ul. Grzybowska 33 m. 4 Tel. 2.28-71.

Nr. 3. Rok III

WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO FARMACEUTYCZNE i FIZYKALNE

SKRZYNKA POCZTOWA.

Uprzejmie prosimy naszych Czytelników nadsyłać do skrzynki pocztowej jak najliczniej zapytania zarówno z dziedziny zagadnień, dotyczących przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, farmakologji i pokrewnych dziedzin, jak też z codziennej praktyki lekarskiej. Na pytania te będą udzielane odpowiedzi przez osoby najbardziej kompetentne w danej dziedzinie wiedzy lekarskiej i farmaceutycznej w Polsce.

MR. A. HIRSZFELD.

O mechaniźmie działania leków.

(Ciąg dalszy).

Ze względu na źródła i metody otrzymania należy podzielić leki na 5 grup:

1) Substancje surowe (cruda) — są to części roślin i zwierząt (również ciała mineralne), które nie podlegają żadnej obróbce i są stosowane w postaci surowej..

2) Przetwory chemiczne (chemicalia), uzyskane drogą przeróbki substancyj organicznych i nieorganicznych.

3) Przetwory galenowe (galenica) otrzymywane z substancyj surowych zapomocą zwykłych sposobów aptecznych.

4) Organopreparaty (organotherapeutica) otrzymywane z narządów normalnych zwierząt zapomocą specjalnych metod, polegających na uzyskaniu substancyj swoistych z narządów zwierzęcych.

5 Szczepionki i surowce (vaccinae et sera) uzyskane z hodowli bakteryjnych i od zwierząt specjalnie w tym celu przygotowanych.

Opis własności leków, metody kontroli, sposoby przechowywania oraz najwyższe dawki leków trujących — składają się na *farmakopeję*.

Z ogólnego spisu leków są wydzielone leki A czyli trujące środki lecznicze, które winny być przechowywane pod kluczem. Leki B są to silnie działające substancje, które winny być wydzielone spośród innych leków i przechowywane z pewnemi ostrożnościami.

Działanie leków może być miejscowe, gdy dana substancja ujawnia swój wpływ w miejscu swego zastosowania, naprzykład działanie miejscowych środków drażniących, żrących lub ściągających, również należą tu niektóre leki przeczyszczające. Nadto wchodzi w rachubę działanie *ogólne* leków (rezorbcyjne), które ujawnia się dopiero po wchłanianiu leku i przedostaniu się do krwiobiegu. W tym ostatnim wypadku lek roznosi się w całym ustroju, przyczem różne narządy ulegają działaniu leku. Wreszcie odrębną odmianę miejscowego działania leku stanowi działanie *odruchowe*, przy którem dana substancja, drażniąc nerwowe zakończeina czuciowe wywołuje te lub inne odruchy. Znamiennym przykładem działania odruchowego są wymioty odruchowe po zażyciu soli miedzi lub korzenia wymiotnicy.

Mechanizm działania leku może być *bezpośredni*, zależny od wpływu leku na te lub inne elementy ustroju. W innych razach lek wywiera skutek *pośredni* lub *wtórny*, jako dalsze następstwo działania bezpośredniego. Działanie wtórne niekiedy jest pożądanem i korzystnem. Naprzykład przy stosowaniu naparstnicy w obrzękach pochodzenia sercowego diureza (skutek moczopędny) następuje jako wynik poprawy krążenia w obrzękłych narządach i nerkach;lecz niekiedy działanie wtórne stanowi szkodliwe powikłanie skutku leczniczego. Dotyczy to zwłaszcza zapaści przy podawaniu środków przeciwgorączkowych, co tłumaczy się szkodliwym wpływem nagłego spadku ciepłoty na serce; tak samo wystąpić może wtórne zapalenie płuc przy stosowaniu sulfonalu wskutek przedostania się do płuc zawartości jamy ustnej i gardzieli, gdy odruchy obronne ze strony dróg oddechowych są obniżone.

Z punktu widzenia terapeutycznego należy odróżniać *główne* działanie leku, dla którego dany środek się podaje od niepożądanych zjawisk ubocznych, jak zapaść przy środkach przeciwgorączkowych, zapalenie płuc — po sulfonalu, szum w uszach — po stosowaniu chininy, wreszcie nieżyt nosa po leczeniu jodem.

Działanie leków na *komórki* ustroju może być: 1) *bezpośrednie* i 2) drogą zmiany *własności środowiska*, w którem komórki przebywają. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku zadziałanie leku jest możliwe, gdy między elementami ustroju u substancją leczniczą, istnieje pewnego rodzaju *łączność*. Łączność ta nie zawsze jest jednakowa. Pod tym względem istnieją różne możliwości:

1) Rozpuszczenie się substancji chemicznej w sokach i tkankach organizmu (lub odwrotnie rozpuszczenie w leku wydzielin i niekiedy elementów ustrojowych).

2) Adsorbcja leku przez ustrój.
3) Chemiczne połączenie się leku z elementami organizmu.
Jeden rodzaj łączności nie wyklucza drugiego.

Ad 1) *Rozpuszczanie* się substancyj leczniczych może odbywać się bądź w środowiskach płynnych otaczających komórki (krew, limfa i t. d.), bądź też w samych elementach komórkowych (i w innych tworach stałych — włóknach, błonach). Przy rozpatrzeniu działania leków szczególnie ważnym jest stan rozpuszczalności leku we *wodzie*, co umożliwia przenoszenie danego leku drogą krwi i limfy do różnych narządów ustroju. Tak samo doniosłe znaczenie posiada rozpuszczalność danego leku w lipoidach. Rozpuszczalność danego leku w lipoidach jest ważna ze względu na tę okoliczność, że lipoidy stanowią część składową ośrodkowego układu nerwowego. Działanie narkotyczne substancyj szeregu tłuszczowego zależy od rozpuszczalności tych substancyj w lipoidach, przyczem czynnikiem określającym siłę działania nie jest bezwzględna rozpuszczalność danej substancji w lipoidach, lecz *porównawcza* w stosunku do wody czyli współczynnik rozmieszczenia:

$$\frac{\text{rozpuszczalność w lipoidach}}{\text{rozpuszczalność na wodzie}}$$

Zgodnie z powyższemi rozważaniami wspomniany współczynnik rozmieszczenia określa jak dalece dana substancja jest przyciągana przez ośrodkowy układ nerwowy (lipoidy) z krwi (woda).

Ad 2) Obok rozpuszczania się w ustroju substancje lecznicze mogą podlegać adsorbcji. Przy adsorbcji leki gromadzą się na powierzchniach odgraniczających różne środowiska organiczne. Adsorbcja (przyciąganie) może być *zewnętrzna*, gdy gromadzenie się leku następuje w obrębie skóry i błon śluzowych. Nadto adsorbcja może być *wewnętrzna*, gdy leki gromadzą się na powierzchni komórek otoczonych krwią lub limfą. Adsorbcja *wewnętrzna* wywiera wybitne działanie na komórki. Zgodnie z teorją Traubego adsorbcja wewnętrzna (nie zaś rozpuszczalność w lipoidach) stanowi o działaniu substancyj szeregu tłuszczowego na ośrodkowy układ nerwowy.

Adsorbcja może zależeć od obniżenia przez daną substancję powierzchniowego napięcia rozpuszczalnika, co stwierdza się przy adsorbcji substancyj szeregu tłuszczowego oraz niektórych alkaloidów. W innych wypadkach podczas zażywania leków odbywa się również adsorbcja *elektryczna* uwarunkowana przyciąganiem cząsteczek leku z odpowiednim ładunkiem elektrycznym przez elementy organizmu (lub drobnoustroje) z przeciwnym ładunkiem. W ten sposób możnaby wytłumaczyć działanie metalowych związków koloidalnych w przebiegu posocznicy.

Ad 3) *Chemiczne* połączenie się leków z elementami organizmu może pociągnąć za sobą zupełne zniszczenie tkanek, co naprzykład ma miejsce przy działaniu silnych środków żrących (kwasy, ługi). Niekiedy

chemiczne połączenie się leków z komórkami ustroju nie powoduje upośledzenia budowy i czynności komórek. W tym wypadku trudno roztrzygnąć, czy wchodzi w rachubę właściwie chemiczne łączenie się czy też adsorbcja danej substancji leczniczej.

Wzajemny stosunek danego leku do komórki, posiada istotne znaczenie dla bezpośredniego działania tegoż na komórkę. W przypadkach rozpuszczenia lub adsorbcji leku przez komórkę, skutek leczniczy jest mniej trwały niż przy połączeniu chemicznem, które niekiedy przebiega jako zjawisko nieodwracalne (naprzykład przy środkach żrących). Wreszcie ogromne znaczenie dla bezpośredniego działania na komórkę posiada natura fizykalno-chemiczna leku, która warunkuje również rodzaj łączności między lekiem a komórką.

Właściwie brak ogólnych *zasad*, które określałyby zależność między działaniem leków a ich budową. Jednak dla niektórych związków chemicznych powyższa zależność została ustalona. Jako przykład przytoczyć można: trujące własności niektórych węglowodorów szeregu tłuszczowego i ich pochodnych (alkohole), które wzrastają wraz ze zwiększeniem się cząsteczki; zasady organiczne z pierwszorzędowo związanym atomem azotu są bardziej trujące od zasad organicznych z drugorzędowo związanym atomem azotu, te zaś są bardziej trujące niż zasady organiczne z trzeciorzędowym atomem azotu; w ten sposób piperydyna i pyrol są bardziej trujące niż pirydyna.

Wprowadzenie atomu chloru lub bromu do substancyj szeregu tłuszczowego również do pierścienia benzolowego znacznie wzmaga ich aktywność fizjologiczną i trujące własności. Zmiana cząsteczki zawierającej azot w związkach tłuszczowych i aromatycznych, które pociąga za sobą przeistoczenie zasady trzeciorzędowej na czwartorzędową nadaje tym związkom własności podobne do kurare pod względem działania na nerwy. Substancje z nienasyconemi atomami posiadające podwójne i potrójne wiązania są bardziej czynne niż substancje z wiązaniami nasyconemi. Szczególne znaczenie w tej sprawie posiadają prace Ehrlicha, który podkreśla, iż trujące działanie leków zależy od swoistych grup atomowych — *toksoforów*. W ten sposób grupą toksoforową w kokainie jest reszta kwasu benzoesowego. Obok toksoforów w cząsteczkach substancyj leczniczych znajdują się grupy wspomagające lub osłabiające działanie podstawowe. Grupy te noszą nazwę ujemnych lub dodatnich *auksotoksów*.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

G. Moschiński. **Rozpoznawcze i lecznicze spostrzeżenia w dziedzinie chorób żołądkowych.** (Diagnostische und therapeutische Beobachtungen am Magen). Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 46, 1935 r.

Znamienne dla przebiegu wrzodu odźwiernika jest stałe wydzielanie soku żołądkowego, które utrzymuje się również w nocy.

Wymienione stałe wydzielanie się soku żołądkowego jednak nie występuje w następstwie nieżytów żołądka z nadżerkami błony śluzowej (erosive Gastritis).

U osób ze zdrowym żołądkiem nie stwierdza się stałego wydzielania soku żołądkowego.

Aby zapobiec uszkodzeniu błony śluzowej i zmniejszyć nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego, stosuje się według Henniga leczenie cukrem gronowym. W ciągu pierwszych kilku dni chorzy spożywają w ciągu całej doby co godzinę 50 cm.^{3} 60 — 70% rozczynu cukru gronowego. Na 4-ty dzień stosuje się cukier gronowy co 2 godziny , przyczem obok rozczynu cukru gronowego chory otrzymuje mleko (4 × 200 cm.) i sucharki.Od 7-go dnia podaje się cukier gronowy w początkowej dawce co 3 godziny, zaś w nocy co 2 godziny. W drugim tygodniu można przejść do bezmięsnej papkowatej diety. Po 3-ch tygodniach po stopniowem zmniejszaniu rozczynów cukru gronowego można zmienić dietę papkowatą na lekko strawną dietę mieszaną.

Autor stosował opisaną metodę w przypadkach wrzodu żołądka i wrzodu dwunastnicy. Prawie wszyscy chorzy w krótkim czasie stracili swoje dolegliwości i wykazali znaczny przybytek wagi. Nocne trwałe wydzielanie soku żołądkowego ustępowało. Ilość wydzieliny żołądkowej w nocy była bardzo skąpa o wartościach podkwaśnych.

W kilku przypadkach jednak nie osiągnięto poprawy. U chorych tych obok wrzodu żołądka stwierdzono również opuszczenie żołądka, co utrudniało czynność ruchową żołądka. U wymienionych chorych osiągnięto wyleczenie zapomocą stosownej diety i larostydyny.

Wnioski: 1) W przebiegu wrzodu żołądka i wrzodu dwunastnicy stwierdza się zawsze trwałe wydzielanie soku żołądkowego. Różne ostre schorzenia w obrębie nadbrzusza mogą w drodze odruchowej wywołać podobne wydzielanie nocne. W przebiegu innych schorzeń żołądka trwałego wydzielania nie spostrzega się.

2) Leczenie cukrem, gronowem wpływa bardzo pomyślnie na dolegliwości spowodowane stałem wydzielaniem się soku żołądkowego.

3) Przy współistniejącem opuszczeniu żołądka leczenie cukrem gronowym zawodzi. W tym wypadku wskazane jest wstrzykiwanie larostydyny (Larostidin).

G. Hetényi. **O leczeniu ciężkiego nieżytu okrężnicy zapomocą kwasu askorbinowego.** (Über die Behandlung der colitis gravis mit Ascorbinsäure). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Nr. 24, 1935 r.

Ostatnio stosowano przeciwko wymienionemu ciężkiemu schorzeniu przetaczania krwi, wywołanie wstrząsu anafilaktycznego zapomocą surowicy końskiej oraz duże dawki żelaza. Leczenie wstrząsem jest niekiedy bardzo niebezpieczne, natomiast przetaczania krwi oraz żelazo często powodują znaczną poprawę, jednak niekiedy metoda ta zawodzi.

Autor zaleca stosowanie kwasu askorbinowego przy ciężkiem nieżycie okrężnicy. Kwas askorbinowy posiada wybitne działanie przeciwkrwotoczne również poza przypadkami gnilca. Chorzy z ciężkim nieżytem okrężnicy zazwyczaj przez długi czas nie spożywają witaminy C, dlategoteż kwas askorbinowy korzystnie działa w tym wypadku na stan odżywiania.

W 2-ch przypadkach ciężkiego nieżytu okrężnicy autor uzyskał niezwykle pomyślne wyniki zapomocą kwasu askorbinowego. Chorym podawano dożylnie początkowo 2 razy dziennie 150 mg. kwasu askorbinowego, później — 1 raz dziennie, przyczem zaniechano innych metod leczniczych. Po kilku dniach znikły w stolcach ropa i krew, stolce występowały rzadziej i o większej spoistości. Jednocześnie ustąpiła gorączka, zaś stan ogólny znakomicie się poprawił. Badanie rektoskopowe i rentgenowskie potwierdziły wyleczenie.

W innych 4-ch przypadkach również osiągnięto pomyślne wyniki. Jeden przypadek okazał się opornym na leczenie opisaną metodą. Tak samo żadnych wyników nie uzyskano w przypadku raka prostnicy.

H. Müller. **Chorzy z marskością nerek i ich dalsze losy.** (Schrumpfnierenkranke und ihr Schicksal). Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 50, 1935 r.

W okresie wstępnym (Vorgeschichte) chorzy uskarżają się na bóle głowy, zawroty głowy i niepokój. W innych przypadkach występują kołatanie serca, kłucie i uczucie ucisku w obrębie klatki piersiowej oraz duszność. Niekiedy zaznaczają się bóle w kończynach, które podobne są do bólów w przebiegu rwy kulszowej. Czasem występują napady drgawek. Z innych objawów początkowych należy wymienić: zaburzenia wzroku (widzenie połowicze), krwawienia z nosa, nadmierne pragnienie, wyczerpanie ogólne, wychudzenie, zaburzenia żołądkowe.

W wyglądzie zewnętrznym chorych przeważnie nic znamiennego się nie stwierdza. Przy badaniu serca stwierdza się przesunięcie lewej granicy w lewo. Uderzenie koniuszkowe jest unoszące, zaś 2-gi ton na tętnicą główną dźwięczny. Ciśnienie waha się między 160 a 280 mm. Hg. Dobowa ilość moczu dochodzi do 2 — 4 litrów o ciężarze gatunkowym około 1012. W większości przypadków występuje nieznaczny białkomocz. W osadzie stwierdza się wałeczki i krwinki.

Zamienne są wyniki próby wodnej i próby zagęszczenia.

Przy próbie wodnej u osobników zdrowych ciężar właściwy obniża się do 1001, przy marskości nerek ciężar właściwy utrzymuje się w granicach 1006 — 1008.

Przy próbie zagęszczenia zamiast ciężaru właściwego 1025 lub więcej stwierdza się ciężar właściwy moczu poniżej normalnego (Hyposteurja). W ciężkich przypadkach przy próbie zagęszczenia ciężar właściwy moczu nie ulega powiększeniu i pozostaje niezmieniony w granicach 1010 — 1013 (Isostenuria).

Rozstrzygające znaczenie posiada badanie na azot resztkowy w surowicy. W przypadkach marskości nerek azot resztkowy z 25 — 35 mg% osiąga 40 — 80 mg. %.

Wreszcie ważne jest badanie dna oka, które ujawnia neuritis optica lub retinitis albuminurica.

Niezawsze jest możliwe rozgraniczenie wtórnej marskości nerek od marskości samoistnej.

Wtórna marskość nerek jest okresem końcowym podostrego lub przewlekłego zapalenia kłębkowego nerek. Sprawa ta występuje u osób młodych, niekiedy na tle płonicy, anginy, ciąży i odznacza się złośliwem przebiegiem.

Samoistna marskość nerek czyli postać naczyniowa rozwija się w następstwie przewlekłego samozatrucia (alkoholizm, dna, kiła, zatrucie ołowiem, morfiną). Samoistna marskość nerek stwierdza się często u chorych, którzy uprzednio wykazywali nadciśnienie niezależne od schorzeń nerkowych. W tym wypadku wybitnie zaznaczone są objawy ze strony serca (przerost lewej komory, nadciśnienie, akcentuacja II-go tonu nad tętnicą główną). Mocz przez długie lata nie zawiera białka. Sprawa odznacza się dobrotliwym i bardzo powolnym przebiegiem (Nephrosclerosis benigna — gutartige hypertonische Nierensklerose). Samoistna marskość nerek najczęściej występuje u osób starszych.

Zejściem opisanych schorzeń są mocznica, ogólna miażdżyca, przewlekła niedomoga serca. Stany te prowadzą do wyniszczenia chorych.

Rokowanie często można oprzeć na badaniu dna oka. Stwierdzenie retinitis albuminurica świadczy o niepomyślnym przebiegu. Tacy chorzy giną w ciągu najbliższych lat 4.

Dalsze losy chorych w dużym stopniu należą od trybu życia. Chory winien dostosować pracę do stanu swych sił, nadto konieczne jest unikanie przykrości i zmartwień. Lekarz domowy w tym wypadku winien rozważnie pouczyć chorego co do stosownego trybu życia, unikając przy tem podawania choremu danych w sprawie ciśnienia krwi i badania moczu.

H. Schneider. **Leczenie kamieni miedniczek i moczowodów oraz środki zapobiegania nawrotom kamicy.** (Behandlung von Nierenbec-

ken und Harnleitersteinen und Massnahmen zur Verhütung von Steinrezidiven). Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 11, marzec 1936 r.

Nawet w przypadkach uwięźnięcia kamienia można osiągnąć pomyślne wyniki zapomocą metod zapobiegawczych. Hipofyzyna jako środek pobudzający ruchy robaczkowe moczowodów jest bezskuteczna. Wydalenie kamienia można osiągnąć stosując metody następujące: odciążenie nerek drogą cewnikowania moczowodów, zwiotczenie moczowodów przez dożylne wstrzykiwanie syntropanu, przypłukiwanie od góry przez obfite spożywanie płynów, kąpiel jelitowa (subaquale Darmspülung). Rozszerzenie miedniczki nerkowej przez kamień może utrzymywać się czas dłuższy, póki nastąpi trwałe uszkodzenie nerki. Wydolność czynnościową nerki można najlepiej ocenić zapomocą próby zmiany kwasowo - zasadowej (Säure-Alkali-Umschlagsprobe) niż zapomocą zwykłej próby indygokarminowej. Większe kamienie, które nie mogą być wydalone w drodze leczenia zachowawczego, muszą być usunięte operacyjnie, nawet wówczas, gdy brak dolegliwości. Operacja jest wskazana ze względu na niebezpieczeństwo uwięźnięcia i zakażenia. Celem zapobiegania nawrotom kamicy przy szczawianach należy stosować dietę możliwie wolną od szczawianów; przy moczanach korzystnie działa dieta alkaliczna, wreszcie przy fosforanach — kwaśna.

F. Reischaner. **Ustalenie wskazań przy tyreotoksykozie.** (Indikationsstellung bei der Thyreotoxikose) Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 12, marzec 1936 r.

Leczenie operacyjne po uprzedniej przygotowawczej kuracji jodowej stanowi najlepszą i najtańszą metodę leczenia tyreotoksykozy średniego i ciężkiego stopnia. Niebezpieczeństwa zabiegu operacyjnego nie są bynajmniej większe niż przy leczeniu naświetlaniami i środkami farmakologicznemi. Jod nie powinien być stosowany poza obrębem obserwacji klinicznej (dijodtyrozyna jest również jod). Naświetlania są wskazane u osobników młodocianych i w przypadkach świeżych zupełnego Basedowa. Jeżeli naświetlania po 2 — 3 tygodniach nie osiągają szybkiego wyniku, wówczas wskazany jest natychmiast zabieg operacyjny. Stosowanie jodu ambulatoryjnie winno być bezwzględnie zakazane.

W przytoczonych dwóch przypadkach po operacji nastąpił znaczny przyrost wagi. Chorzy ci przedtem długi czas byli naświetlani bezskutecznie.

W innym przypadku po zabiegu operacyjnym wszystkie objawy choroby Basedowa ustąpiły, natomiast utrzymywał się wytrzeszcz.

Przemiana podstawowa stanowi bardzo ważną oznakę w ustaleniu terminu operacji podczas leczenia przygotowawczego. Tak samo przemiana podstawowa pozwala rozstrzygnąć, czy wykonać operację jedno — lub dwuczasową.

Niemiarowość i skurcze dodatkowe nie stanowią przeciwwskazania do operacji. Objawy te skutecznie poddają się leczeniu dopiero po usunięciu tkanki tarczycowej. Objawy niedomogi krążenia natomiast winny być opanowane przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego.

PEDJATRJA.

S. Joppich. **O zadziałaniu na zejście włóknikowego zapalenia płuc u dziecka.** (Ueber Beeinflussung des Ablaufes der kruppösen Pneumonie beim Kinde). Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 12, marzec 1936 r.

Autor badał przypadki zapalenia płuc, wywołane przez typ I pneumokokków. Przy stosowaniu dożylnem 80 — 120 cm^3 surowicy ozdrowieńców uzyskano po 12 — 18 godzinach krytyczny spadek ciepłoty. Jeżeli zastosowana dawka była mniejsza, wówczas występował przełom rzekomy Działanie wstrzykniętej surowicy zależy nietylko od podanej antytoksyny, która zobojętnia krążącą we krwi toksynę. W tym wypadku chodzi o zadziałanie na ogólny proces ozdrowienia.

Bardzo pouczające są wyniki badań nad płynem surowiczym uzyskanym z pęcherza skórnego, wywołanego metodą Kaufmanna zapomocą plastra gorczycowego (Kanthariden-blasenmethode). Omawiany płyn surowiczy po przełomie w przebiegu zapalenia płuc wykazuje brak odczynu włóknikowego. To samo stwierdza się po wstrzykiwainu surowicy ozdrowieńców.

Ustąpienie odczynu włóknikowego w płynie surowiczym nie jest w tym wypadku wywołane przez spadek ciepłoty. Jeżeli uzyskać sztuczny spadek ciepłoty, wówczas w powyższym płynie opisana zmiana nie wystąpi, co świadczy o zaburzeniach w procesie immuno-biologicznym. Pod wpływem sztucznego obniżenia ciepłoty rozejście się ogniska zapalnego przedłuża się, nadto utrzymują się później stany podgorączkowe. Wynika, stąd, iż przemiany płynu surowiczego w pęcherzu skórnym są wywołane nie przez spadek ciepłoty, lecz przez działanie lecznicze surowicy. Przy stosowaniu opisanej metody wchodzą w rachubę czynniki antytoksyczne oraz inne własności lecznicze surowicy.

H. Vogt. **Błędne rozpoznania w pedjatrji.** (Fehldjagnosen in der Kinderheilkunde). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Nr. 21, 1935 r.

Błędy rozpoznawcze często są popełniane z tego powodu, iż lekarze mylnie rozpoznają te choroby, których wczesne ustalenie jest szczególnie ważne. Dotyczy to błędnego rozpoznania gruźlicy i zapalenia wyrostka robaczkowego.

Niekiedy oględziny chorego dziecka są zbyt pobieżne. W jednym przypadku lekarz przeoczył ropny wysięk opłucnowy spowodu zaniedbania stosownych oględzin klatki piersiowej. Dopiero po uważnych oględzinach przy dobrem oświetleniu wyraźnie uwydatniły się upośledzona ruchomość i uwypuklenie klatki piersiowej po chorej stronie. Tak samo często stwierdza się długotrwały stan gorączkowy u dziecka na tle ropnia lub obrzęku stawowego, które dłuższy czas uchodziły uwagi.

Zeznania matki, pielęgniarki zawsze zasługują na uwagę, choć często

są zupełnie niedokładne. Niekiedy zmiana usposobienia dziecka może świadczyć o rozpoczynającem się gruźliczem zapaleniu opon mózgowych. Guzy mózgowe niekiedy mogą być wcześnie rozpoznane, jeżeli należycie ocenić wymioty, występujące we wczesnym okresie.

Przy badaniu osłuchowem płuc należy pamiętać, iż normalnie u dzieci oddech nad szczytem prawym jest nieco zaostrzony. Spowodu nieprawidłowej pozycji dziecka stwierdza się niekiedy ogniska stłumienia odgłosu opukowego, które znikają, jeżeli dziecko przybiera pozycję prawidłową. Najlepiej badać dzieci w pozycji siedzącej na stole.

Wszelkie choroby zakaźne u dzieci rozpoczynają się od wymiotów i biegunek. W tych przypadkach konieczne jest ustalenie czy wymienione objawy są spowodowane zaburzeniami trawienia, czy też są pochodzenia parenteralnego.

Niekiedy nasopharyngitis powoduje długotrwałe stany podgorączkowe, wymioty i biegunki. Stan ten bywa mylnie rozpoznawany jako gruźlica utajona lub dur. Dopiero dokładne oględziny gardzieli prowadzą do prawidłowego rozpoznania.

Stosunkowo często bywa przeoczony ropień zagardzielowy. Sprawę tę można rozpoznać na podstawie szmeru dodatkowego przy wdechu i wydechu, zaburzeń połykania i przymusowego położenia głowy. Oględziny i badanie dotykiem gardzieli potwierdzają rozpoznanie.

Z powyższych danych wynika, iż nie zawsze możliwe jest ustalenie prawidłowego rozpoznania podczas pierwszego badania Dlategoteż początkowe rozpoznanie należy zawsze uważać za tymczasowe, zaś w dalszym przebiegu schorzenia konieczne są dokładne rozważania nad objawami, które znajdują się w rozbieżności z pierwotnem rozpoznaniem.

NEUROLOGJA, PSYCHJATRJA.

H. March. **Stanowisko lekarza wobec rozpoznania „Psychopatja"** (Ärztliche Haltung und die Diagnose „Psychopathie"). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Nr. 6, marzec 1936 r.

Liczni lekarze dopatrują się w pojęciu „psychopatja" pewnej postaci konstytucjonalnej o zmniejszonej wartościowości, która występuje w różnych odmianach. Tak samo do niedawna uważano histerję jako jednostkę chorobową sui generis, tymczasem ostatnio udowodniono, iż histerja nie jest chorobą, lecz usposobieniem do odczynów histerycznych, które mogą również wystąpić u osób zdrowych.

Ostatnio odrzucono pojęcie „psychopatji" jako stanu konstytucjonalnego, natomiast mówi się o różnych odczynach, które niekiedy ujawnić się mogą w objawach cielesnych.

Dążenia duchowe i energja, które zostały stłumione przez wychowanie, rozwój i warunki społeczne, a wskutek tego nie znalazły zastosowania w twórczych wysiłkach jednostki i społeczeństwa, wywołują wreszcie od-

czyny psychopatyczne. Z tego punktu widzenia liczne przypadki nerwic i psychopatji nie są następstwem mniejszej wydolności (minderwertig), lecz stanowią wynik niepomyślnych warunków społecznych.

Energja duchowa i stany lękowe wywołują u chorych objawy ze strony narządów oraz nastroje, zakłócające uczucie wspólnoty społecznej.

Systematyczna psychoterapja i wprowadzenie chorego do pracy społecznej może w tych razach dać pomyślny wynik.

W każdym razie nieodzownym warunkiem pomyślnego leczenia są odpowiednie możliwości życiowe, przyczem lekarz również winien zdać sobie sprawę ze swych poglądów i przekonań, aby w ten sposób skierować chorego na właściwe tory. Dotychczas jednak psychoterapja nie jest dostatecznie uwzględniona, zwłaszcza w instytucjach ubezpieczeniowych.

CHIRURGJA.

Blum. **Postępy i przemiany w leczeniu przerostu stercza** (Fortschritte und Wandlungen in der Behandlung der Prostatahypertrophie). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Nr. 4, marzec 1936 r.

Przerost stercza należy zaliczyć do grupy schorzeń nowotworowych. Dawne poglądy o zapaleniu stercza i zmianach miażdżycowych naczyń jako o przyczynie przerostu stercza — obecnie są odrzucone. Istota schorzenia polega na tworzeniu się gruczolaka, wychodzącego z gruczołów podśluzówkowych cewki. Profilaktyka omawianego schorzenia zbiega się z zapobieganiem schorzeniom nowotworowym. Jednak w tej dziedzinie nasze wiadomości są niedostateczne. Duże znaczenie posiada czynnik dziedziczności, natomiast miejscowe schorzenia cewki nie wchodzą w rachubę.

Ostre zatrzymanie moczu powstaje nie na tle gruczolaka, lecz spowodu stanów zapalnych ujścia pęcherza. Z tych względów w tym wypadku zabieg operacyjny nie jest wskazany. Natomiast przewlekłe zatrzymanie moczu wywołane jest przez następstwa mechaniczne zwężenia przez gruczolak. Zabiegi wyłącznie mechaniczne niekiedy mogą sprawę tę usunąć.

Obecnie większość chirurgów stosuje operację dwuczasową. Początkowo zakłada się przetokę pęcherzową, zaś wycięcie stercza podejmuje się dopiero wówczas, gdy stan nerek ulega całkowitej poprawie. Jednak przy operacji dwuczasowej śmiertelność dochodzi do 5 — 8%. Przypadki zejścia śmiertelnego są spowodowane przez zakrzepy i zatory. Z tych względów staje się zrozumiałym zwrot do leczenia zachowawczego. Bezwzględnem wskazaniem do operacji są całkowite zatrzymanie moczu, nadto wzrost zalegającego moczu (Restharn) powyżej 200 $cm.^3$ lub stałe zmętnienie moczu mimo odpowiedniego leczenia. Wreszcie operacja jest konieczna, gdy stwierdza się oznaki złośliwego przeobrażenia nowotworowego.

Zdaniem autora częściowe wycięcie stercza drogą endoskopową nie jest operacją celową. Jedynie w przypadkach małych organiczonych gruczola-

ków lub przerostu zwieracza można osiągnąć pomyślne wyniki. Wreszcie w tych przypadkach, gdy stan ogólny nie pozwala na operację doszczętną, z konieczności należy poprzestać na operacji częściowej.

Autor nie stwierdził nigdy pomyślnego działania promieni Rentgena, tak samo inne zabiegi jak naprzykład podwiązanie naczynia również nie prowadzą do celu.

Omawiane schorzenia stercza wywiera duży wpływ na stan ogólny chorych, a zwłaszcza na czynność nerek i układ naczyniowy. W każdym przypadku objawy towarzyszące wymagają szczególnego uwzględnienia. Usunięcie właściwej przyczyny schorzenia nie zawsze wystarczy, gdy upośledzenie krążenia i nerek stanowią niekiedy groźne powikłanie pooperacyjne, a czasem nawet udaremnia zupełnie wynik operacji.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

M. B. Strauss. **W sprawie etjologji zatrucia ciążowego.** (A própos de l'étiologie des toxémies de la grossesse). La Presse Médicale Nr. 19, marzec 1936 r.

Autor określa mianem zatrucia ciążowego stan, charakteryzujący się nadciśnieniem, przyczem niekiedy białkomocz nie występuje. Sprawa rozwija się w ostatnich miesiącach ciąży u kobiet, które przedtem nie ujawniały nadciśnienia i białkomoczu. Rzucawka porodowa ma miejsce wówczas, gdy występują drgawki oraz stan śpiączkowy u chorych, które nie były dotknięte przedtem ani padaczką, ani też guzem mózgu. Obok objawów pierwotnych doniosłe znaczenie posiadają obrzęki jawne lub utajone, które zawsze występują w przebiegu toksemji. W związku z obrzękiem autor doszukiwał się przyczyn zatrzymania wody w przebiegu ciąży.

Ciśnienie osmotyczne protein plazmy zmniejsza się znacznie, natomiast ciśnienie żylne w przebiegu zatruć ciążowych wykazuje liczby dwukrotnie przewyższają liczby prawidłowe.

Stosując dietę obfitującą w białko, witaminę B i wstrzykiwania wyciągów wątrobowych, udało się osiągnąć znaczny spadek wagi i zmniejszenie się obrzęków, jednocześnie ustąpiły objawy toksemji, przyczem płód udało się utrzymać przy życiu.

Zdaniem autora jednym z przejawów zatrucia ciążowego jest zatrzymanie wody, co powoduje zmniejszenie się ciśnienia osmotycznego protein i wzrost ciśnienia żylnego. Zdaniem autora dieta obfitująca w białko nie pociąga za sobą ujemnych następstw w przebiegu zatrucia ciążowego. Pomyślne wyniki opisanego leczenia dietetycznego zależne są od obfitego spożywania białka i stosowania dodatkowych składników pokarmowych drogą pozajelitową.

DERMATOLOGJA I WENEROLOGJA.

Stein. **O stosunku wzrostu i wypadania włosów do układu dokrewnego i o możliwości leczenia hormonalnego wyłysienia.** (Uber die Beziehungen zwischen Haarwuchs und Haarausfall zum endokrinen System und die Möglichkeit einer hormonalen Behandlung der Glatze). Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 11, marzec 1936 r.

Wyłysienie nie jest następstwem łojotoku. Zarówno łojotok, jak i wyłysienie są spowodowane przez stan pobudzenia układu roślinnego. Jako drugą przyczynę wyłysienia należy uważać nadmierne napięcie powłok czaszki w miejscach o gorszem ukrwieniu, w których skóra jest zbytnio naciągnięta, przelegając do czaszki. Dotyczy to kątów okolicy czołowej, które u eunuchów są pozbawione włosów. Zmiany rozwojowe czaszki i podłoża włosów znajdują się pod wpływem męskich gruczołów płciowych i pozostałych narządów dokrewnych. Czynność przedniego płata przysadki i kory nadnercza przyśpieszają wzrost włosów. Jednak próby zadziałania na proces wyłysienia zapomocą odnośnych preparatów nie dały trwałych wyników. Tak samo bezskutecznym okazał się Kortygen Richtera. Duże dawki progynonu wywołały jedynie obrzęk gruczołów piersiowych i przyrost wagi, zaś pozostały bez wpływu na proces wyłysienia. Bardziej zachęcające wyniki uzyskano w tej mierze po stosowaniu wyciągów szyszynki (epiglandol), gdyż szyszynka działa hamująco na czynność gruczołów płciowych.

OTO = RYNO = LARYNGOLOGJA.

E. SLASS. **O uproszczeniu leczenia farmakologicznego krtani.** (Vereinfachung medikamentöser Kehlkopfbehandlung). Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 10, marzec 1936 r.

Przy rozpylaniu lub wkraplaniu leków do krtani często się zdarza, iż środek zastosowany nie dosięga właściwego miejsca lecz przedostaje się do hypopharynx lub do ujścia przełyku. Kontrolne wziernikowanie nie ujawnia wówczas śladów zastosowanego środka w obrębie spojenia przedniego.

Doświadczony laryngolog również niekiedy napotyka na trudności przy wkraplaniu lub wdmuchiwanui do krtani.

Wszelkich trudności przy wymienionych zabiegach można z łatwością uniknąć, jeżeli stosować bezpośrednie zabiegi bez użycia wziernika. W licznych przypadkach uciskając język ku dołowi można uwidocznić krawędź nagłośni, która stanowi drogowskaz przy stosowaniu wdmuchiwań wewnątrzkrtaniowych. Języczek pozostaje nietknięty, dzięki czemu uniknąć można niepożądanych odruchów, bez wziernika lekarz omija krawędź głośni i kieruje stosowany proszek lub płyn do krtani.


OPOHEMOGEN
KLAWE
ODRADZA
KREW
Flakon ca 200 gr.
Od 3 łyżeczek do 3—4 łyżek dziennie

Niekiedy konieczne jest celem uwidocznienia krawędzi głośni ucisk zapomocą płaskiego szpatelka na środek wyciągniętego języka.

Dzięki opisanej metodzie można zawsze uniknąć trudności przy zabiegach laryngologicznych, które dzięki temu osiągają swój cel. O prawidłowem wykonaniu wdmuchiwania i zakraplania, w tych razach można się przekonać zapomocą następowego wziernikowania.

OKULISTYKA.

Merigot. **Leczenie zachowawcze jaskry.** (Que faut-il penser du traitement médical du glaucome?) La Presse Medicale. Nr. 20, marzec 1936 r.

Zdaniem autora jedynem leczeniem prawdziwej jaskry jest leczenie chirurgiczne. Chorzy z przewlekłą jaskrą, leczeni zachowawczo, znajdują się ciągle w niebezpieczeństwie. Zawsze grozi im napad wzmożonego ciśnienia śródgałkowego. Wobec powyższego niebezpieczeństwa ryzyko operacji jest nieznaczne.

Niekiedy, gdy sprawa chorobowa nie postępuje, dozwolone jest stosowanie pilokarpiny. Niema powodów, aby zaniechać dalszych badań nad innemi środkami farmakologicznemi.

Ostatnio leczenie wapniowo - magnezowe według Gallois wykazało bardzo zachęcające wyniki, wobec czego podjęto usiłowanie, aby zwiększyć odsetek przypadków wyleczonych tą metodą.

ZWIEDZAMY FABRYKI POLSKIE.

Ekstrakty roślinno-mineralne w leczeniu schorzeń stawowych.

Choroby powstałe na tle utworzenia się w organiźmie złogów soli kwasu moczowego: artretyzm, reumatyzm i pokrewne, stanowią jedną z najbardziej trapiących ludzkość plag.

Zostało przez świat lekarski dowiedzionem, że osoby dotknięte wspomnianemi niedomogami, a zaniedbujące je, dają w następstwie duży odsetek chorych na serce, sklerozę i inne groźne choroby.

Prof. Umber zaznacza, że zwapnienie naczyń krwionośnych (skleroza), jest szczególnie częstym objawem u ludzi cierpiących na artretyzm; a prof. Burgsch podaje, że nawet u młodych ludzi ,cierpiących na artretyzm, stwierdził on objawy upośledzonego krążenie w postaci przyśpieszonego tętna bez określonego powodu, niemiarowość oraz bóle w okolicach serca.

W walce z artretyzmem, reumatyzmem i chorobami pochodnemi stosowano wszelkiego rodzaju środki lecznicze,, których czynność ograniczała się jednak do rozpuszczania i wydzielania z organizmu nieznacznej ilości złogów soli kwasu moczowego, działając przytem ujemnie na serce, zwłaszcza przy większych dawkach.

Dopiero ekstrakty roślinno-mineralne przyrządzane sposobem defuzacyjno-ozonacyjnym, a wynalezione przez polskiego inżyniera chemji Leonarda Pajerskiego: **„Ekstralit"** — do kąpieli, **Defuzolit"** — do nacierań i **„Ozonolit"** — do kompresów, skierowały terapję omawianych schorzeń na zupełnie nowe tory.

Albowiem przy ich użyciu rozpuszczanie i wydobywanie złogów soli kwasu moczowego z organizmu odbywa się w ilości znacznie obfitszej, bezpośrednio przez pory włosowate, bez ujemnego wpływu na serce i inne narządy, pozatem leki te przewyższają wszystkie inne preparaty stosowane dotychczas przeciwko artretyzmowi i pokrewnym chorobom swemi dodatkowemi właściwościami leczniczemi: zdolnością wywoływania „hiperemji" (czynność wybitnie korzystna przy tego rodzaju niedomaganiach), zdolnością stabilizowania normalnej przemiany materji i t. p. Dzięki wymienionym właściwościom terapeutycznym nadaje się też **„Ekstralit"** do leczenia wszelkich objawów na tle **wadliwej przemiany materji** a przeto oddaje nieocenione usługi osobom nadmiernie otyłym (jak wiemy zbytnia otyłość, w większości przypadków, następuje wskutek złej przemiany materji); już po kilku kąpielach, stosowanych w odstępach dwudniowych, waga ciała znacznie się zmniejsza, przyczem po przeprowadzeniu kuracji, nie zauważono nigdy żadnego ujemnego wpływu na serce czy inne narządy.

Nasze leki znajdują zastosowanie i są w skutkach nieocenione w leczeniu wszelkich schorzeń stawowych, a zatem i pochodzenia wenerycznego.

Przy częstych objawach bólów nóg, obrzęków, zniekształceń, odcisków na tle artretyzmu i innych, ekstrakty roślinno-mineralne okazały się niezastąpione przez swe wysokie wartości lecznicze.

„Ekstralit" i „Ozonolit", również w przypadkach na tle **niedomagań narządu rodnego** oddają niezawodne usługi.

Wszystkie w Polsce zakłady lecznicze: kliniki uniwersyteckie, szpitale, lecznice i t. p. stosują nawet przy najcięższych przypadkach, wymienione ekstrakty roślinno - mineralne, zatwierdzone przez Ministerstwo Opieki Społecznej, a nagrodzone medalem na Wystawie Higjeniczno-Sanitarnej w Warszawie.

Osiągane wyniki lecznicze są wprost rewelacyjne, i dlatego niezawodnie każdy cierpiący na jedną z wspomnianych powyżej chorób, znajdzie przez zastosowanie kuracji **Ekstralitowej** pożądaną pomoc.

Pod względem skuteczności leczenie **„Ekstralitem"** przewyższa wszystkie dotychczasowe metody leczenia zdrojowego, co jest szczególnie ważne w codziennej praktyce lekarskiej.

O niezawodnych wynikach leczenia ekstraktami roślinno-mineralnemi wydali opinję p. p. dyrektorzy klinik uniwersyteckich, ordynatorzy szpitali i liczni lekarze-praktycy, a manowicie:

Dr. med. J. Bajer, Warszawa; Dr. S. Cunge, b. ordynator kliniki przy szpitalu Św. Ducha w Warszawie; Prof. dr. Adam Czyżewicz, Dyrektor Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego; Dr med. Englert, Komendant Filji I. Szpitala Okręgowego im. Marszałka J Piłsudskiego w Warszawie; Dr. med. Bernard Frydman, Warszawa; Dr. med. Helena Gabay, Warszawa; Dr. med. Stanisław Gądek, Dyrektor Szpitala Św. Rocha w Warszawie; Dr. med. M. Gelbstein, Anin k-Warszawy; Dr. med. Ch. Getren, Szczerzec k-Lwowa; Dr. med. M. Gordon, Wilno; Prof. dr. Górecki, Kierownik I. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie; Dr. med. K. Goszcz, Końskie; Dr. med. M. Grodzieński, Warszawa; Dr. med. B. Jochweds, ordynator szpitala na Czystem, Warszawa; Dr. med. H. Higier, Warszawa; Dr. med. A. Kiciński, Warszawa; Dr. med. St. Kłyko, Wyrozęby; Dr. med. A. Kobryner, Ordynator Szpitala na Czystem; Dr med. Józef Kornberg, Warszawa; Prof. dr. L. Kryński, Warszawa; Dr. Lilpop, Ordynator Oddz. Chirurg.-Urolog. Szpitala Św. Łazarza; Dr. J. Mackiewicz, Warszawa; Dr. J. Majkowski, Warszawa; Dr. J. Merenlender, Ordynator Oddziału Dermatologicznego Szpitala na Czystem; Dr. Jerzy Muszkatenblit, Warszawa; Dr. M. Okoński, Lekarz Naczelny Szpitala Kolejowego w Warszawie; Dr. med. L. Płockier, Warszawa; Dr. W. Rogalski, generał dywizji; Dr. Karol Rosałowski, Warszawa-Praga;

Dr. J. Romanowski, Lekarz Naczelny Szpitala dla Kobiet i Dzieci w Wilnie; Dr. med. J. Rosenblatt, Warszawa; Dr. med. Juljan Rotsztadt, Kierownik Oddziału Fizjoterapeutycznego w Szpitalu na Czystem w Warszawie; Doc. Dr. J. Rutkowski, Warszawa; Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski, Warszawa; Dr. med. M. Stefanowski, Adjunkt II. Kliniki Chirurg. Uniw. Józefa Piłsudskiego; Dr. med. Witold Świętnicki, Lwów; Dr. B. Szarecki, Dyrektor Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie; Dr. J. Szejnberg. Ordynator Zakładu Położniczo - Ginekologicznego „Opieka" w Warszawie; Dr. med. Trojanowski; Dr. med Stanisław Wąsowicz, Ordynator Szpitala Św. Ducha w Warszawie; Dr. L. Wernic, Ordynator Oddziału Skórno-Wenerycznego Szpitala Ś-go Łazarza; Prof. Dr. Tadeusz Wiczyński, Warszawa; Dr. Ludwik Wirszyłło, Warszawa; Dr. med. H. Zalcman, Warszawa; Dr. med. Marceli Wejnberg, Wilno.

O skuteczności ekstraktów roślinno - mineralnych świadczą nadto opinje następujących najpoważniejszych instytucyj leczniczych w Polsce, które ekstrakty te stosują nawet w najcięższych przypadkach:

Szpital Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie; I. Szpital Okręgowy im. Marszałka J. Piłsudskiego w Warszawie; Szpital Ś-go Rocha, Warszawa; Szpital Ś-go Łazarza, Warszawa; Klinika Położniczo-Ginekologiczna Uniwersytetu Warszawskiego; Szpital dla Kobiet i Dzieci Wilno; Prywatny Zakład Położniczo-Ginekologiczny „Opieka" w Warszawie; Szpital Św. Ducha, Warszawa; I. Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

Ostatnio świat lekarski w Ameryce zainteresował się temi orygilnemi i niezastąpionemi lekami, w związku z czem firma **„Ekstralit" za** pośrednictwem Polskiego Tow. Handlu Kompensacyjnego wystawia te preparaty na wystawie, która się odbędzie w kwietniu r. b. w Cleveland w Ameryce.

B I B L J O G R A F J A

Bronisław Koskowski. Zarys Historji Leków. *Warszawa 1935 str. 298.*

Autor dzieli historję leków na 7 następujących okresów:

1) pierwotny,
2) starożytny (do VIII w. po Nar. Chr.),
3) arabski,
4) konstantynowski (do XVI w. po Nar. Chr.),
5) jatrochemiczny (od XVI w. do XVIII w.),
6) wiek XVIII,
7) nowożytny (od Lavoisiera).

1. Okres pierwotny.

„Od zarania dziejów ludzkości istnieją farmacja i medycyna. Bezwąt-

pienia wykonywano je instyktownie, używając własności leczniczych niektórych ziół dla ulżenia chorobie, leczenia ran poniesionych w bitwach, zaś matki uczyły leczyć swe dzieci. Umiejętność leczenia od niewiast przeszła na mężczyzn, którzy byl wodzami lub kapłanami. Oni prowadzili dalej badania przyrody.

Cierpienia, choroby i śmierć uważane były jako kara bóstw, a kapłanom dane było karę tę znosić, choroby leczyć. Z kapłana stał się kapłan-lekarz. Leczenie i wiadomości leczenia pozostawały długi czas w jego ręku. Taki stan rzeczy spotyka się jeszcze dziś wśród dzikich puszcz afrykańskich".

W tych zdaniach prof. dr. Br. Koskowski kreśli początek dziejów farmacji. Nadto jako źródła wiadomości o truciznach i lekach podaje autor przyrządzanie trucizn do zatruwania strzał i „Sądy Boże". „Sądy Boże" służyły do wykrycia winy oskarżonego. W tym celu podawano oskarżonemu truciznę. Jeżeli oskarżony był winny, wówczas musiał umierać, na niewinnego natomiast trucizna rzekomo nie działała.

Jest rzeczą ciekawą, iż w zamierzchłych czasach 4000 lat przed Nar Chr. posługiwano się jadami, z których obecnie uzyskano takie leki jak ezeryna, strofantyna, ouabaina, strychnina i kurare.

2. *Okres starożytny (do VIII w. po Nar. Chr.)*.

W okresie tym nastąpił wspaniały rozwój nauki o lekach. Z epoki tej zachowały się liczne księgi poświęcone farmacji. Dokładnie poznano formy receptowe jak napar, odwar, proszek, kataplazmy i t. d.

Hippokrates (ur. 460 r. przed Nar. Chr.) wyzwolił sztukę leczenia z rąk kapłanów. Od tego czasu farmacja i medycyna już są nauki świeckie. Znamienne są słowa Hippokratesa:

„Życie krótkie, sztuka nieśmiertelna, moment szybko mija, doświadczenie zawodzi, wyrok trudny". Po śmierci Hippokratesa powstały składy leków.

Drugim sławnym lekarzem starożytności był *Galen* (ur. w 131 r. po Nar. Chr.), który opracował liczne dzieła poświęcone farmacji.

W okresie starożytnym już znane były i stosowane niezmiernie liczne leki roślinne, mineralne i zwierzęce.

3. *Okres arabski* (do X wieku po Nar. Chr.).

W okresie tym arsenał środków leczniczych został ogromnie wzbogacony. Arabowie urządzili pierwsze apteki, zaczęli szeroko stosować ekstrakty, tynktury, pigułki, nadto wynaleźli aparaty destylacyjne, dzięki którym umieli przyrządzać wody aromatyczne, olejki lotne, kwas azotowy, sublimat i alkohol.

4. *Okres konstantynowski* (do XVI w. po Nar. Chr.).

Najważniejszem wydarzeniem tego okresu było otwarcie Uniwersytetu w Salerno w r. 1150. *Constantinus Africanus*, najwybitniejszy lekarz tego okresu, wywarł największy wpływ na rozwój Uniwersytetu w Salerno i wprowadził do Europy literaturę arabską. Tak samo pierwszą aptekę w

Europie urządził Constantinus Africanus w Salerno. Z innych licznych badaczy tego okresu należy wymienić *Basiliusa Valentinusa*, który pierwszy łączył chemiczne ciała w roztworach i nazwał to „drogą mokrą". Na okres konstantynowski przypada rozwój alchemji.

5. *Okres jatrochemiczny* (od XVI w. do XVIII w. po Nar. Chr.).

Twórcą nowoczesnej farmacji jest *Paracelsus* (ur. w r. 1493). Głosił on pogląd, iż życie człowieka jest normalnym procesem chemicznym, wobec czego do leczenia chorób używać trzeba preparatów chemicznych. W każdym leku Paracelsus dopatrywał się ukrytej siły. Siłę tę starał się uzyskać w skoncentrowanym stanie. Do przyrządzania wyciągów stosował spirytus i tą drogą otrzymywał nazwane przez niego „quinta essentia".

Poracelsus był zwolennikiem łączenia badania chemicznego i farmakognostycznego, dążył on do otrzymania chemicznych sił ze świata roślinnego i świata mineralnego. Siły te starał się łączyć razem w lekach. Zwolennicy Paracelsusa noszą nazwę jatrochemików (jatrochemja dosłownie chemja medyczna).

Liczni uczniowie Paracelsusa podjęli bardzo rozległe badania, toteż zasługą jego było wielkie ożywienie ruchu naukowego.

6. *Okres wieku XVIII.*

W okresie tym powstała teorja flogistonu. Doniosłych odkryć w okresie tym dokonał Karol Scheele. Odkrył on kwas winny, szczawiowy, jabłkowy, cytrynowy i galusowy, nadto opisał kwas moczowy i mleczny, wreszcie pierwszy uzyskał glicerynę, kwasy wolframowy, molibdenowy i arsenowy, bar, kwas pruski, mangan, chlor i tlen. Scheele pierwszy przyrządził różne substancje zawarte w roślinach w stanie chemicznie czystym. Jest rzeczą ciekawą, iż ten genjalny badacz dokonał doniosłych odkryć, pracując w laboratorjum aptecznem w małem miasteczku prowincjonalnem

Z innych bardzo licznych badaczy tego okresu należy wymienić Witheringa, który wprowadził do lecznictwa naparstnicę.

7. *Okres nowożytny* (od Lavoisiera).

Okres ten zapoczątkował Lavoisier, (ur. w r. 1743), którego nieśmiertelną zasługą jest metodyczne zastosowanie wagi do badań chemicznych. Lavoisier stworzył współczesną teorję palenia się ciał i zanalizował powietrze. Od czasu Lavoisiera rozbudowa chemji farmaceutycznej odbywa się bardzo szybko. Liczni autorzy w różnych krajach podjęli gruntowne badania, które doprowadziły do mnóstwa doniosłych odkryć. Równolegle z rozwojem chemji zostają opracowane metody biochemiczne badania cukru, enzymów i glikozydów. Nadto powstają nowe dziedziny badań jak organoterapja, leki witaminowe i leki bakteryjne. W chwili obecnej prowadzone są szczególnie rozległe badania nad witaminami i wydzielinami gruczołów dokrewnych.

Przytoczyliśmy niektóre najważniejsze dane z dzieła prof. d=ra Br. Koskowskiego, charakterystyczne dla poszczególnych etapów historji roz= woju leków. Jest to zaledwie bardzo drobna cząstka niezmiernie bogatego materjału opracowanego przez autora. W „Zarysie historji leków" czytelnik znajdzie historyczne wiadomości dotyczące niemal wszystkich najważ= niejszych leków. Nadto przytoczone są bardzo pouczające dane historycz= ne i aktualne, które rzucają światło na pochodzenie i rozwój współczesnej nauki farmaceutycznej. W dużym stopniu zostały uwzględnione zasługi badaczy i farmaceutów polskich. Liczne rysunki ilustrują trafnie tło naukowe minionych epok . Z prawdziwym pietyzmem autor przytacza dane biograficzne wielkiego badacza Scheelego. „Wzór jaki nam pozostawił Scheele, winien głęboko zapaść w naszą świadomość, młodzież farmace= utyczna winna się kształcić na wzorze tego skromnego aptekarza z małego miasteczka, który nie zmarnował się, nie zgorzkniał, ale znalazł szczęście w twórczości". W tych słowach autor dał wyraz swej głębokiej czci dla wielkiego męża nauki. Powyższe zdania nabierają szczególnej wartości, jeżeli uwzględnić tę okoliczność, iż prof. dr. Br. Koskowski podjął liczne badania naukowe podczas pobytu na głuchej prowincji w nader ciężkich warunkach. Niezłomna wola, umiłowanie nauki i talent jednak łamią wszel= kie przeszkody. Toteż życiorys autora pod wieloma względami przypo= mina losy nieśmiertelnego badacza Scheelego.

Dr. H. Ł.

Skrzynka pocztowa.

PYTANIA.

25. Antivirus Besredki w leczeniu ropni i ropowicy.

Jaka jest wartość praktyczna antivirus'a Besredki w leczeniu schorzeń ropnych, wywołanych przez gronkowce i paciorkowce? Czy omawiana metoda jest bardziej skuteczna od innych sposobów leczenia?

H. Z.

26. Zapobieganie powikłaniom po przebytej grypie.

Chory lat 24 przebył grypę, która trwała 5 dni. Po krytycznym spad= ku ciepłoty, chory dwa dni nie gorączkował. W 3=im dniu bezgorączko= wym wobec dobrego samopoczucia lekarz zezwolił na opuszczenie łóżka, wobec czego chory zgłosił się do przychodni. Wieczorem tegoż dnia wznie= sienie ciepłoty powyżej 39°. Badaniem fizykalnem stwierdzono ognisko odoskrzelowego zapalenia płuc. Czy zezwolenie na opuszczenie łóżka w tym wypadku było błędem lekarskim? Jakie są wytyczne w zapobieganiu po= wikłaniom po przebytej grypie?

A. K.

27. Stosowanie sacharyny w leczeniu zaburzeń odżywiania u niemowląt.

Jakie są wskazania do stosowania sacharyny w leczeniu zaburzeń odżywiania u niemowląt? Czy sacharyna w tym wypadku może wywołać szkodliwe następstwa?

M. S.

28. Morfina w leczeniu częstoskurczu napadowego.

Chora lat 18 z wadą mitralną w okresie niedomogi miewa napady tachycardia paroxysmalis. Stosowanie chinidyny, dużych dawek naparstnicy wywołuje wprawdzie zmniejszenie się częstości tętna z 160 na minutę do 120 lecz dolegliwości podmiotowe, niepokój i kołatanie serca utrzymują się. Czy dozwolone jest podawanie morfiny celem złagodzenia objawów podmiotowych?

S. W.

ODPOWIEDZI.

17. Instytut badań chemiczno-farmaceutycznych.

W Polsce, niestety, takiego Instytutu badań chemiczno-farmaceutycznego, jak to ma miejsce w Niemczech, nie posiadamy. Dotychczas nie była nawet podjęta żadna akcja w kierunku zjednoczenia zakładów przemysłowych, celem utworzenia takiego instytutu doświadczalnego. Nieliczne, i to przeważnie największe firmy polskie, posiadają na mniejszą lub większą skalę własne laboratorja badawcze, w których przeprowadzają odpowiednie doświadczenia nad swojemi preparatami. Polski przemysł chemiczno-farmaceutyczny w odniesieniu tylko do całego szeregu spraw ogólnych zjednoczony jest w 2-ch związkach, a mianowicie: większe firmy w Związek Przemysłu Chemicznego R. P. — Grupa Farmaceutyczna, i firmy mniejsze w t. zw. mały związek, Związek Polskiego Przemysłu Farmaceutycznego.

Chem. Farm. Zakł. Przem.
Fr. Karpiński S. A.

Utworzenie Instytutu Badawczego należycie wyposażonego, tak, aby instytucje finansujące go mogły spodziewać się istotnych korzyści z wyników prac, jest kwestją olbrzymich, jak na nasze warunki, nakładów..

Dlatego zapewne, sprawa ta chociaż często rozważana nie weszła dotychczas na tory realizacji.

Chem. Farm. Zakł. Przem. Handlowe
L. NASIEROWSKI.

Wielki rozwój przemysłu chemiczno-farmaceutycznego w Niemczech spowodowany jest przedewszystkiem utrzymywaniem przez duże firmy własnych laboratorjów badawczych chemicznych i biologicznych, w których

dokonywane są wszystkie prace i badania, prowadzące do odkrywania nowych leków. Utrzymywanie takich laboratorjów jest niezmiernie kosztowne, jednakże ze względu na wysokie ceny specyfików w Niemczech, jak również na szerokie możliwości eksportowe, firmy niemieckie mogą sobie pozwolić na prowadzenie badań naukowych w jaknajszerszym zakresie.

Polski przemysł farmaceutyczny ograniczony małym rynkiem zbytu, oraz niskiemi cenami na specyfiki, narzucanemi przez Ministerstwo Opieki Społecznej,, często wbrew interesom gospodarczym tego przemysłu, nie może sobie pozwolić na prowadzenie badań w równie szerokim zakresie.

Niemniej jednak przodujące firmy farmaceutyczne polskie posiadają także laboratorja badawcze chemiczno-biologiczne, w których opracowuje się syntezy nowych związków, a następnie bada się i określa działanie tych związków na ustrój zwierzęcy, zanim zostaną oddane do badań klinicznych.

Jednakże najbardziej nawet czynny i wartościowy preparat może być wypuszczony dopiero do lecznictwa po uprzedniem zbadaniu przez Państwowy Zakład Higjeny i udzieleniu na tej zasadzie zezwolenia przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

Utworzenie Instytutu, przeznaczonego specjalnie do badań farmaceutycznych, byłoby niecelowe, gdyż każda z poszczególnych firm ze względów konkurencyjnych stara się o wprowadzenie preparatów jak najbardziej wartościowych i wykazuje w tym kierunku jak największą inicjatywę, nie szczędząc wedle możności wysiłków i kosztów.

Utworzenie omawianego instytutu doprowadziłoby do etatyzacji tej dziedziny przemysłu i uniemożliwiłoby racjonalną konkurencję korzystną zarówno dla lekarzy, jak i dla konsumentów.

Przemysłowo = Handlowe Zakłady Chemiczne
LUDWIK SPIESS I SYN Spółka Akcyjna.

21. Przetwory guanidyny w leczeniu cukrzycy.

Dwuwinian = dekamethylendiguanidyna, zawarta w Anticomanie, dzięki odmiennej strukturze chemicznej i specjalnym metodom produkcji, nie zawiera żadnych trujących substancyj (związki siarkowe) i powiązana z trzema aktywnemi fermentami (lipasa, trypsina i diastaza), według zgodnych wyników ostatnich lat jest pozbawiona wszelkiej toksyczności i nie powoduje żadnych ubocznych objawów, nawet przy przekraczaniu normalnych dawek w przypadkach cukrzycy ciężkiej.

W przypadkach lżejszych i średniociężkich zaznacza się już w ciągu 2 — 3 dni wyraźny wpływ dodatni na cukromocz. Cukier we krwi obniża się w ciągu 8 — 14 dni.

Dobra tolerancja (szybkie absorbowanie bez reszty przez komórki jelit) i brak wszelkich objawów ubocznych czyni ten preparat niezwykle skutecznym w przypadkach lekkiej i średniociężkiej cukrzycy, tudzież przy

zastosowaniu pewnej techniki leczenia daje dobre rezultaty również i w leczeniu cukrzycy ciężkiej.

Sprawdzianem wielkiego zaiteresowania, który wzbudził Anticoman w sferach lekarskich może posłużyć fakt ukazania się przeszło 30 prac naukowych wyników badań najznakomitszych specjalistów przemiany materji krajowych, jak i zagranicznych.

22. Leczenie pozostałości po przebytem włóknikowem zapaleniu płuc.

W pozostałościach po przebytem włóknikowem zapaleniu płuc należy odróżnić resolutio retardata od karnifikacji płuc (Pneumonia chronica indurativa s. interstitialis).

W przypadkach resolutio retardata możemy wpłynąć na przyśpieszenie rozejścia się nacieku drogą leczenia bodźcowego: kilkakrotne zastrzyki domięśniowe 10 — 20 ccm. krwi innego osobnika, względnie zastrzyki mleka, jeżeli haemoterapja nie dałaby pożądanego wyniku. Na likwidację utrzymujących się stanów podgorączkowych oraz rozejście się nieznacznych już pozostałości wpływ dobroczynny wywiera leczenie klimatyczne i ewentualne podawanie przetworów salicylowych.

W przypadkach karnifikacji, naciek się nie rozchodzi, następuje natomiast rozrost tkanki łącznej, która bierze początek z tkanki śródmiąższowej i ze ścian oskrzeli, zawartość pęcherzyków ulega organizacji z wtórnem bliznowaceniem tkanki płucnej, wobec czego czynność oddechowa tej tkanki nie może już być przywróconą. Proces jest więc już nieodwracalny. Celem naszego postępowania w tych razach winno być zapobieganie wpływom szkodliwym (pobyt na świeżem powietrzu, odpowiednie pod względem higjenicznym warunki pracy). Wobec zmniejszenia się powierzchni oddechowej płuca klimat wysokogórski jest przez tych chorych źle znoszony, dlatego też kierować ich należy do miejscowości podgórskich względnie nizinnych.

Występujące z czasem rozstrzenie oskrzeli, zapalenia ropne oskrzeli a zwłaszcza niedomoga serca, wymagają odpowiedniego leczenia.

Nadmienić należy, iż w djagnostyce różniczkowej w tych razach uwzględnić należy i inne stany chorobowe, a zwłaszcza gruźlicę włóknistą, zrosty opłucnowe oraz otorbione wysięki (nakłucie).

Dr. Mieczysław Glass (Warszawa).

Kronika.

Program VI Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Wilnie w dniach 31 maja i 1 czerwca 1936 r. pod przewodnictwem Prof. Dr. T. Janiszewskiego.

Dnia 31 maja — niedziela.

Godz. 9 — 9½: nabożeństwo w Ostrej bramie; godz. 9½ — 10½: oddanie hołdu I Marszałkowi Polski, Józefowi Piłsudskiemu, punkt zborny placyk przed Kościołem Św. Teresy; godz. 10½ — 11: otwarcie Zjazdu przez Przewodniczącego Zjazdu prof. dr. T. Janiszewskiego; godz. 11 — 13½: obrady: temat I biologiczny: „Wartość odczynów biologicznych w rozpoznaniu gruźlicy: a) U dzieci i młodzieży, b) U dorosłych; referent do p. „a" prof. dr. K. Jonscher z Poznania, referent do p. „b" dr. N. Berdo z Warszawy; dyskusja; Uniwersytet Stefana Batorego, ul. Św. Jańska; godz. 13½ — 16: *przerwa obiadowa;* godz. 16 — 18: zwiedzanie Instytucyj Wil. Woj. T-wa Przeciwgruźliczego: 1) Poradni Nr. 1 ul. Wileńska 27 m. 1, wyjaśnień udzieli dyrektor T-wa dr. A. Borowski, 2) Oddziałów gruźliczych Miejskiego Szpitala Zakaźnego, Zwierzyniec, ul. Grodzka 10, wyjaśnień udzieli ordynator Oddz. dr. Z. Kuncewicz, 3) Poradni Nr. 2, Stacji Odm i Prewentorjum Dziennego N. W. T. P. w lokalu Miejskiego Ośrodka Zdrowia, ul. Wielka 46, wyjaśnień udzieli dyrektor T-wa dr. A. Borowski; punkt zborny lokal Wileńskiego Wojewódzkiego T-wa Przeciwgruźliczego, ul. Wileńska 27 m. 1; po zwiedzeniu Poradni Nr. 1 przejazd do następnych instytucyj autobusami z placu Orzeszkowej; godz. 20 teatr.

Dnia 1-go czerwca — poniedziałek.

Godz. 8 — 10: Zwiedzanie zabytków m. Wilna, punkt zborny—Skwer Placu Katedralnego; godz. 11 — 14: obrady, temat II kliniczny: „Wyrwanie nerwu przeponowego", referent doc. dr. Z. Szczepański z Otwocka, koreferent prof. dr. T. Wąsowski z Wilna, dyskusja, Uniwersytet Stefana Batorego; godz. 14 — 16: przerwa obiadowa; godz. 16 — 19: obrady, temat III społeczny: „Walka z gruźlicą wśród dzieci i młodzieży: a) Akcja zapobiegawcza, b) Akcja społeczna, referenci do p. „a" — doc. dr. J. Zeyland i dr. E. Piasecka Zeylandowa z Poznania, referent do p. „b" — dr. St. Popowski z Warszawy, koreferent do p. „b" — dr. St. Hornung ze Lwowa, godz. 19 — 19½: zamknięcie Zjazdu, Uniwersytet Stefana Batorego.

Dnia 2-go czerwca — wtorek. (Wycieczki).

Godz. 9 — 13: 1) Punkt zborny — Plac Orzeszkowej, wyjazd autobusami do Nowo-Trok, zwiedzanie poradni wiejskiej i zabytków historycz-

nych w Nowo-Trokach. 2) Punkt zborny — przystań statków na Wilji, ul. T. Kościuszki, wycieczka do Werek Wilją. Koszty każdej wycieczki ponosi uczestnik (około 3 złotych).

Zgłoszenia na Zjazd przyjmuje sekretarjat VI Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, Wilno, ul. Wileńska 27 m. 1. Karta uczestnictwa dla członków Zjazdu 10 zł., dla ich rodzin — 5 zł. Rodziny korzystają z wszystkich praw członków, lecz nie mają prawa udziału w dyskusji i nie otrzymują druków i pamiętnika Zjazdu. Członkowie Zjazdu i ich rodziny korzystają ze zniżki kolejowej. Zgłoszenia na wycieczki podczas Zjazdu będą przyjmowane w sekretarjacie Zjazdu — Wileńska 27 m. 1 i przy wejściu na salę obrad.

MIĘDZYNARODOWY KONGRES LEKARSKI W VICHY

wyłączny temat: niedomoga czynnościowa wątroby

W uzupełnieniu poprzedniego naszego komunikatu o organizacji Międzynarodowego Kongresu Lekarskiego, poświęconego niedomodze czynnościowej wątroby, który odbędzie się w Vichy od 16 do 18 września 1937 r. pod przewodnictwem Prof. Dr. M. Loper'a, członka Academia de médicine, podajemy poniżej do wiadomości skład Zarządu Kongresu:

Przewodniczący honorowi: Prof. Dr. von Bergmann — Berlin, Prof. Dr. Carnot — Paryż, Prof. Dr. M. Castex — Buenos-Aires, Prof. Dr. Dustin — Bruksela, Prof. Dr. W. Langdon Brown — Londyn, Prof. Dr. Maranon — Madryt, Prof. Dr. Marchoux — Paryż, Prof. Dr. W Orłowski — Warszawa, Prof. Dr. Pende — Rzym, Prof. Dr. G. H. Whiple — Rochester (New York).

Przewodniczący: Prof. Dr. M. Loeper — Paryż.

Zastępcy przewodniczącego: Prof. Dr. Cade — Lyon, Prof. Dr. Giraud — Montpellier, Prof. Dr. Merklen — Strasburg, Prof. Dr. Olmer — Marsylja.

Sekretarz Generalny: Dr. J. Aimard.

Prace kongresu podzielone zostaną między dwie sekcje:

Sekcję teoretyczno - rozpoznawczą: pod przewodnictwem Prof. Dr. *N. Fiessinger'a*, Profesora Patologji Doświadczalnej Uniwersytetu Paryskiego;

Sekcję terapeutyczną: pod przewodnictwem Prof. Dr. *Mauriac'a*, Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Bordeaux.

Jednocześnie przypominamy, że kongres w Vichy poprzedzony zostanie przez Międzynarodowy Kongres Lekarski, poświęcony schorzeniom żołądkowo-jelitowym, który odbędzie się w Paryżu w dn. 13 do 15 września 1937 r.

ERRATA.

Str. 26, Nr. 1 — 2, 19-ty wiersz od dołu, mylnie wydrukowano: staphylacoccus; winno być: staphylococcus.

Str. 26, Nr. 1 — 2, 16-ty wiersz od dołu mylnie wydrukowano: bourbillou; winno być: bourbillon.

Redaktor i wydawca: Mr. A. HIRSZFELD.

Warunki prenumeraty: Rocznie zł. 6.—, półrocznie zł. 3.50, pojedyńczy Nr. zł. 1.—
Ogłoszenia: cała strona zł. 150, ½ str. zł. 80.—, ¼ str. zł. 45. Okładki o 30% droższe.

Numer wychodzi w pierwszej połowie każdego miesiąca.

Druk. „Lech", Warszawa, Koszykowa 33, Tel. 890-66.